

TUMORES MÚLTIPLES

SOBRE UN CASO DE EPITELIOMA BASO CELULAR Y ADENO CANCER DEL ILEON

ALBERTO CUBA CAPARÓ

Cátedra de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de Lima
(Presentado para su publicación el 28 de Diciembre de 1949)

El estudio estadístico de los tumores múltiples puede ser de utilidad para juzgar la predisposición al cáncer que presentan ciertos individuos. Desde los trabajos de SYMMERS (1), HANSEMANN (2) y ORR (3) se han hecho numerosos y prolijos análisis estadísticos, la mayor parte de los cuales revelan que el número de cánceres múltiples es mayor que el previsto por el cálculo de probabilidades. Entre las numerosas revisiones de material de autopsias citaremos, de preferencia, las de WARREN y GATES (4), quienes en 2,829 autopsias de cáncer encontraron 194 casos de tumores múltiples malignos, o sea una incidencia de 6,8 %. SCHREINER y WEHR (5) en una revisión de más de 11,000 autopsias encontraron una incidencia de 2,7 % de tumores múltiples malignos, siendo entre éstos el epiteloma baso celular el más frecuente. AUSTIN (6) en 8,124 autopsias encontró 887 tumores múltiples malignos, de los cuales 24 presentaban más de un tipo de carcinoma primitivo, lo que hace también una frecuencia de 2,7 %. Los autores citados concluyen que esta elevada incidencia no puede ser interpretada, en general, sino como una mayor susceptibilidad individual para el cáncer, puesto que el análisis matemático prevé cifras mucho más bajas.

El trabajo de AUSTIN presentado a la 38ª reunión anual de la Asociación de Patólogos y Bacteriólogos realizada en Atlantic City en 1938, suscitó una interesante discusión; en ella WARREN citó los estudios de LUND sobre carcinoma de la boca, refiriendo que este autor encontró, mediante investigación clínica, que la suposición sobre las posibilidades

previstas por el cálculo fué excedida de 8 a 10 veces, indicando que la boca y el intestino grueso muestran una marcada proporción de tumores múltiples. Igualmente WELLS y CRONHEIM concuerdan con la opinión de AUSTIN. En cambio WELLER refiriéndose a los trabajos de BUGHER, realizados en su servicio con un muy cuidadoso análisis matemático, concluye que los resultados no tienen la suficiente fuerza para demostrar que estos tumores ocurren con más frecuencia de lo que puede explicar el cálculo de probabilidades. Finalmente EWING (7), tampoco cree que la mayor incidencia de las observaciones anotadas sea un argumento en favor de mayor susceptibilidad frente al cáncer.

Aún cuando nosotros no estamos en condiciones de hacer un estudio estadístico, considero que el presente relato sobre coexistencia de epiteloma baso celular de la nariz y adeno carcinoma del ileón tiene interés por no haber referencias bibliográficas sobre casos similares en nuestro medio. A continuación presentamos el resumen de la historia clínica y el protocolo de autopsia.

Resumen de la Historia Clínica del Servicio de Clínica Médica del
Prof. CARLOS MONGE

Pabellón 3. Cama 20.

B. A. de 67 años, natural de Moquegua, de raza mestiza.

Antecedentes familiares: Sin importancia.

Antecedentes patológicos: Desde hace 20 años palpitaciones y edema de los miembros inferiores. Disnea de esfuerzo. Paludismo hace 10 años.

Proceso actual: Desde hace 8 días mareos, disnea de esfuerzo, edema de los tobillos. Pequeñas crisis convulsivas. Tos productiva. Apirética.

Examen clínico: Cara: lesión ulcerosa de la nariz con deformación de los huesos propios.

Aparato circulatorio: Latido arterial bilateral subclavicular, choque de la punta en el VI E. I. I. por fuera de la línea medio clavicular.

Área cardíaca aumentada a la percusión. Bradicardia. Soplo sistólico en la punta, soplo holo-sistólico en el II. E. I. I. y soplo sistólico suave en el II. E. I. D.

Abdomen: Globuloso; hígado a dos traveses de dedo por debajo del reborde costal, doloroso, de superficie lisa.

Bazo: Normal.

Aparato respiratorio: Roncantes y sibilantes en ambos campos pulmonares. Subcrepitantes.

Exámenes de Laboratorio

Glucosa	1.14 %
Urea	0.22 %

Hematies 3'900,000 y leucocitos 12,500; 79 % de neutrófilos de los cuales 8 son abastionados.

Electrocardiograma: Bloqueo aurículo ventricular total. Extrasístoles ventriculares. En segunda d. ritmo bigeminado a extrasístoles ventriculares de diversos focos. Trastornos de conducción intraventricular.

R. MAZZINI y KAHAN Negativa.

Orina: Densidad 1.016, uroblina +++.

Espuito: No se encuentra BK.

Biopsia de la ulceración de la nariz: La biopsia de la lesión ulcerosa de la región nasal reveló un epiteloma baso celular. Inmediatamente se instituyó el tratamiento radium terapico habiéndosele hecho 5 aplicaciones.

Protocolo de autopsia

Examen exterior: Mujer de raza mestiza, en mal estado de nutrición. Ulceración de forma irregular por debajo del ángulo interno del ojo izquierdo de 2 centímetros en su diámetro mayor y en cuyo fondo se encuentra un trayecto fistuloso que alcanza el conducto nasal del mismo lado.

Examen interno: Al abrir la cavidad abdominal el borde inferior del hígado está a tres trasveces de dedo por debajo del reborde costal; la cúpula diafragmática en la sexta costilla; el epiplón mayor con escaso tejido adiposo y adherencias al peritoneo parietal; escasa cantidad de líquido turbio. En la cavidad pleural derecha aproximadamente 2 litros de líquido amarillo y turbio y adherencias en forma de bridas en el vértice. En la cavidad pleural izquierda un litro de líquido del mismo aspecto y adherencias del lóbulo superior a la pleura parietal. En la cavidad pericárdica escasa cantidad de líquido.

Corazón: Punta a nivel de la sexta costilla por dentro de la línea medio clavicular, moderadamente aumentado de volumen, principalmente a expensas del ventrículo izquierdo. Placa lechosa en el pericardio visceral cerca de la punta.

Aurícula derecha dilatada. Aurícula izquierda: considerablemente dilatada, muestra el endocardio engrosado. Ventrículo izquierdo de paredes engrosadas. Válvula mitral: fuerte engrosamiento y nódulos calci-

ficados en el borde libre, anillo mitral notablemente estrechado, cuerdas tendinosas fuertemente retraídas. Sigmoides aórticas: engrosadas, fibrosas, retraídas y con nódulos calcificados; formaciones papilares hacia la superficie endocárdica. Válvula sigmoidea pulmonar y tricúspide de aspecto normal. Aorta: moderada dilatación de la aorta ascendente; placas de ateroma calcificadas en toda su extensión; atero esclerosis coronaria. Peso del corazón: 405 gramos.

Pulmón derecho: Congestión y edema, peso 550 gramos. Ganglios hiliares antracócicos.

Pulmón izquierdo: Congestión, atelectasia peso 450 gramos. Ganglios de la bifurcación antracócicos e hipertrofiados.

Bazo: periesplenitis, esclerosis. Peso 100 gramos.

Estómago: Zonas de erosión en la mucosa.

Intestino: Ampolla duodenal dilatada y mucosa congestiva. En el ileón, marcado aumento de consistencia y adherencias peritoneales inmediatamente por encima del ciego; a este nivel la luz está bastante estrechada y el espesor de la pared intestinal mide en algunos sitios hasta 1,5 cm. (Figs. 1 y 2) la mucosa muestra una ulceración pequeña, irregularmente circular. Ciego, apéndice, colón y recto normales.

Ganglios mesentérico hipertrofiados, de consistencia blanda y color blanco.

Hígado: Muscado, aumentado de volumen y consistencia, pesa 1,340 gramos; a la izquierda de la vesícula se encuentra un nódulo neoplásico de 3 cm. de diámetro (Fig. 3); en la cara superior múltiples formaciones de aspecto neoplásico de 1 a 3 cms. de diámetro. (Fig. 4) Al corte: congestión y degeneración grasosa; la superficie de sección de los nódulos muestra intensa vascularización.

Pancreas: Aspecto normal.

Genitales: Aparte de esclerosis nada importante.

Riñones: Esclerosos.

Suprarrenales: Cortical de color amarillo pálido.

Diagnósticos anatómo patológicos: Epitelioma de la nariz. Hipertrofia cardíaca. Estrechez mitral. Esclerosis de las coronarias y la mitral.

Atero esclerosis: Esclerosis renal; Neoplasia de intestino delgado con posibles metástasis ganglionares y hepáticas.

EXAMEN MICROSCÓPICO

Corte a nivel de la ulceración neoplásica de la nariz: Epitelioma basocelular con marcadas figuras de degeneración nuclear. Congestión y

extensos focos hemorrágicos (Figs. N^{os}. 6 y 7). Corresponde al tumor irradiado y compárese el aspecto histológico de la biopsia, antes de la irradiación (Fig. 5).

Corte a nivel del tumor de ileón: Mucosa necrosada. Proliferación blastomatosa, atípica, que invade la muscular, constituida por células cilíndricas y cúbicas que se disponen formando tubos. Diagnóstico: Adeno cáncer. (Figs. N^{os}. 8 y 9).

Corte de hígado a nivel de nódulo metastásico: El nódulo está formado por células epiteliales en proliferación atípica, agrupadas en nidos, constituyendo esbozos de tubos glandulares; el estroma tiene una abundante vascularización. El parénquima hepático que rodea el nódulo muestra degeneración grasosa a gota pequeña; los capilares sinusoides y espacios pericapilares muy dilatados. Discreta infiltración linfoide. Diagnóstico: Adeno cáncer metastásico. (Fig. N^o 10).

Ganglio mesentérico y retrocecal: Hiperplasia linfoide. Congestión. Células de aspecto neoplásico, en los senos linfáticos.

Ganglios de la región cervical: Edema y congestión. No hay metástasis.

Ganglio traqueo-brónquico: Hiperplasia linfoide. Dilatación de los senos linfáticos. Antracosis. Congestión. Edema.

Estómago: Mucosa atrófica con discreta infiltración inflamatoria.

Apéndice: Hiperplasia linfoide. Infiltración inflamatoria de la mucosa y submucosa en la que se destacan abundantes eosinófilos.

Pulmón: Edema. Infiltración inflamatoria de los bronquios.

Tráquea: Mucosa en parte descamada con intensa infiltración inflamatoria a predominio de neutrófilos. Hiperplasia de las glándulas mucosas. Cartilago en parte calcificado.

Miocardio: Esclerosis. Artero esclerosis coronaria.

Válvula Mitral: Tejido conjuntivo con zonas de infiltración cálcica. No se encuentra tejido de granulación inflamatoria.

Bazo: Congestión. Dilatación de los senos esplénicos. Pigmento negro (malárico) y amarillo. Arteriole esclerosis.

Vesícula: Extensas zonas de necrosis de la mucosa. Depósito de lipoides. Pericolecistitis.

Riñón: Degeneración turbia a nivel de los tubos contorneados. Congestión. Proliferación de la ítima de las pequeñas arterias. Arteriolesclerosis.

Suprarrenal: La zona trabecular muestra células claras de grandes

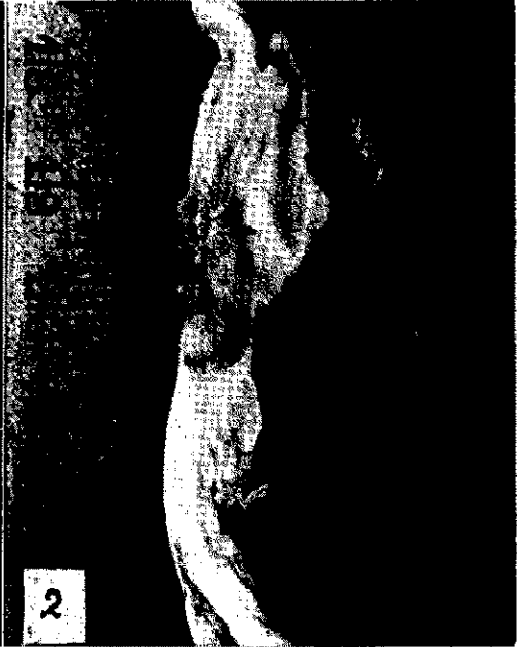


Fig. 1.—Ileon y ciego. La flecha indica la zona estenosada por la neoplasia.
Fig. 2.—Pared de intestino vista de perfil mostrando el engrosamiento debido al tumor.
Fig. 3.—Nódulo metastásico en hígado.
Fig. 4.—Nódulo metastásico en hígado.

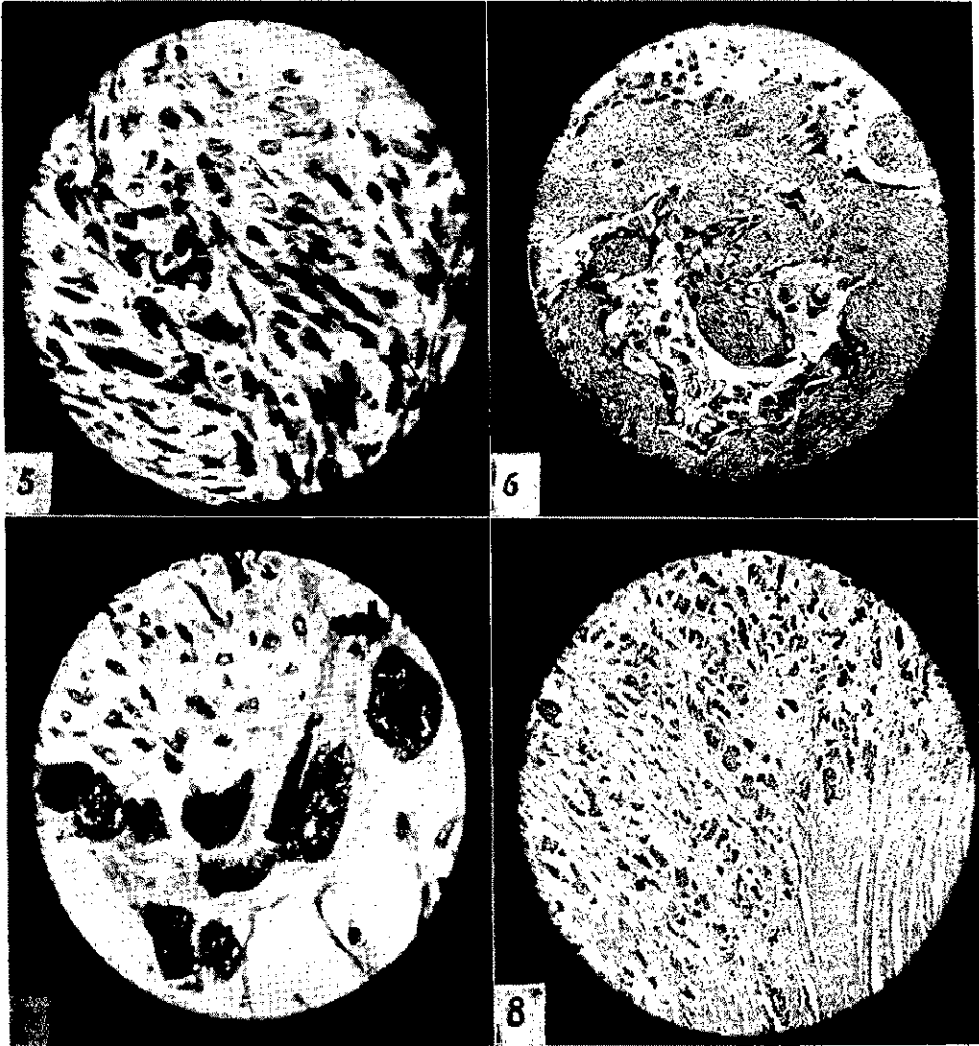


Fig. 5.—Epitelioma basocelular de la nariz. Biopsia.

Fig. 6.—Epitelioma basocelular de la nariz. Después del tratamiento radium-terápico.

Fig. 7.—Imagen a mayor aumento de la Fig. N° 6. Muestra marcado proceso de degeneración nuclear (picnosis) después del tratamiento radiumterápico.

Fig. 8.—Infiltración de nidos de células neoplásicas de la muscular del ilcon.

vacuolas. En la zona medular y en la reticular se encuentra pigmento bruno.

Cuello del útero: Miometro fibromatoso. Mucosa en parte descamada a infiltración inflamatoria moderada. Ecto y endocervicitis crónica y quística.

CORRELACIÓN ANATOMO CLÍNICA

Los síntomas que decidieron la hospitalización de la enferma están en relación con un antiguo padecimiento cardíaco que se inicia hace 20 años del que es responsable la endocarditis cicatricial con graves lesiones esclerosas de tipo reumático, al que se ha agregado el proceso de átero esclerosis. Estas lesiones pueden explicar la disociación aurículo ventricular que ha presentado en los últimos tiempos.

La esclerosis renal genuina no ha presentado manifestaciones clínicas.

La lesión neoplásica de la nariz no ha dado metástasis. El diagnóstico clínico de presunción y su confirmación por la biopsia han sido fáciles y hechos en avanzado estado de las lesiones. En cambio la evolución clínica silenciosa de la neoplasia intestinal permite recordar la frecuencia con que son citadas neoplasias malignas múltiples de la cara coexistiendo con cánceres del aparato digestivo.

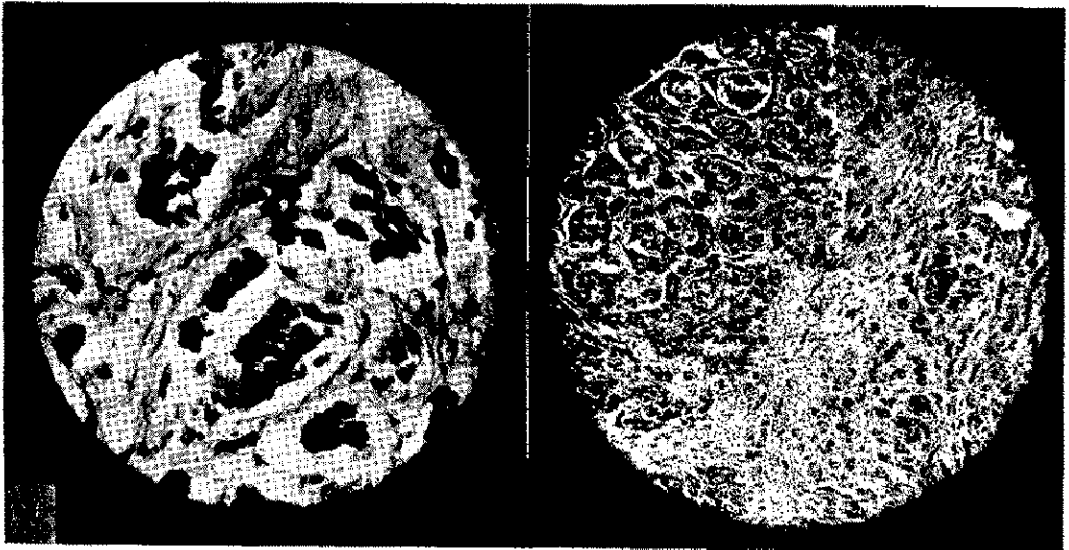


Fig. 9.—Imagen a mayor aumento de la Fig. N° 8 Diagnóstico: Adenocáncer.

Fig. 10.—A la derecha tejido tumoral; a la izquierda el parénquima hepático. Diagnóstico, Adenocáncer metastásico de hígado.

SUMARIO

Se informa de un caso de coexistencia de epiteloma baso celular de la nariz y adeno cáncer del ileón, este último de evolución clínica silenciosa.

SUMMARY

A report is made of the coexistence, in a human case, of a basal-cell carcinoma of the nose and an adeno cancer of the ileus, the latter, of asymptomatic course.

BIBLIOGRAFÍA

1. SYMMERS: *Arch. Int. Medc.*, 4: 218, 1909, (citado por EWING).
2. HANSEMANN, (Citado por EWING).
3. ORR, J.: *Path. & Bact.*, 33: 283, 1930.
4. WARREN, S. y GATES: *Am. J. Cáncer*, 16: 1358, 1414, 1932.
5. SCHREINER, B. F. y WEHER, W. H.: *Am. J. Cáncer*, 20: 418, 1934
6. AUSTIN, R. S.: *Am. J. of Path.*, 14: 664, 1938.
7. EDWING, J.: *Oncología*, Salvat Ed., 1948.